

**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina

BARÓMETRO DE  
LA DEUDA SOCIAL  
ARGENTINA

**60** Años 1958 - 2018  
**UCA**

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Red  
ODSAL

## Salud

# La salud de las mujeres urbanas en edad fértil

Boletín  
#03 | 2018

EDSA Serie Agenda para la Equidad  
(2017-2025)

ISSN 1852-4052

 **Defensoría del Pueblo**  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

 **FUNDACION  
LA NACION**

 **Galicia**

 **Defensoría**  
Provincia de Buenos Aires

Autores: Solange Rodríguez Espínola y Pilar Filgueira. La salud de las mujeres urbanas en edad fértil - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2018.

36 p.: 21x27 cm.

Edición para Fundación Universidad Católica Argentina

ISBN 978-987-620-375-3

1. Estado de la salud. 2. Atención de la salud. 3. Fecundidad femenina. 4. Salud reproductiva. 5. Embarazo en Argentina.

CDD 613.943

1° edición: noviembre 2018

Diseño Gráfico

María Nazarena Gómez Arechaga

Fotografía de tapa

Aníbal Barreiros

Impresión

Artes Gráficas Integrales (AGI)

Libro editado y hecho en la Argentina

Printed en Argentina

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

@Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1300

Buenos Aires - Argentina

---

*“Los autores de la presente publicación ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica”.*

*Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de información, sin mención de la fuente.*

*Este documento ha sido elaborado en el contexto del proyecto Red INCASI y la Red ODSAL.*

*La Red INCASI es coordinada por el Dr. Pedro López-Roldán, un proyecto europeo que ha recibido financiación del programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea bajo el Marie Skłodowska-Curie GA N° 691004”.*

*La Red de Observatorios de la Deuda Social en Universidades Católicas de América Latina (RedODSAL) es un espacio académico bajo la coordinación de ODUCAI creado para generar opinión sobre la problemática de la deuda social en América Latina. Este artículo refleja solo la opinión de los autores y las agencias mencionadas no son responsables del uso que pueda hacerse de la información que contiene.*

# LA SALUD DE LAS MUJERES URBANAS EN EDAD FÉRTIL

## DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina presenta este trabajo basado en datos de mujeres urbanas en edad fértil, generados a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA- Bicentenario, 2010-2016 y EDSA- Agenda para la Equidad, 2017-2025) analizando el período 2014-2017.

El 60% de las mujeres de en edad fértil son madres o están embarazadas. La edad de inicio de la maternidad suele ser entre los 18 y 25 años, si bien el embarazo adolescente se observa en 2 de cada 10 mujeres, situación que tiene una relación con la condición de pobreza y el nivel educativo alcanzado. El 42,5% de las mujeres dicen tener exclusivamente una cobertura pública de salud y la utilización de un sistema de atención público es altamente frecuente en las mujeres pobres, de menor edad o que no han alcanzado un nivel educativo medio. Asimismo, el 25% de las mujeres urbanas en edad fértil no acude anualmente a ninguna consulta médica, tendencia que se observa significativamente elevada en las mujeres pobres y en las que no completaron el secundario.

## ÍNDICE

Resumen ejecutivo	4
Infografía	6
Presentación	8
1. Situación sociodemográfica, económica, educativa y laboral	10
2. Estado reproductivo	14
3. Cobertura médica	18
4. Estado de la salud	21
5. Atención de la salud	23
6. Hábitos saludables	25
7. Considerando a las embarazadas primerizas	27
Ficha técnica	34
Bibliografía	35

## OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

### Director de Investigación

Agustín Salvia

### Director de Gestión Institucional

Juan Cruz Hermida

### Coordinadora del estudio

Solange Rodríguez Espínola

### Autoras

Solange Rodríguez Espínola

Pilar Filgueira

### Colaboradora

María Agustina Paternó Manavella (Asistente)

### Coordinación institucional

Mónica D'Amico

Magdalena Quintana

Natalia Ramil (Prensa)





## RESUMEN EJECUTIVO

» Un tercio de las mujeres en edad fértil vive en condiciones de pobreza. El 27,8% es pobre, pero no indigente, y el 5,5% se encuentra bajo la línea de indigencia.

» Con respecto al nivel educativo, se observa que la proporción de carencia educativa varía significativamente según la edad. La mayoría de las adolescentes ha culminado los estudios primarios y se encuentra cursando el secundario, mientras que la falta de estudios medios logrados es por arriba del 30% en las mujeres de 18 años a 49 años. Solamente 1 de cada 4 de las mujeres de entre 30 y 49 años ha completado una carrera terciaria o universitaria.

» El estudio de la Población Económicamente Activa revela que aproximadamente la mitad de las mujeres en edad fértil son ocupadas, entretanto, el 8,3% se encuentra desocupada. Solamente el 40% de las ocupadas accede a un empleo pleno de derechos.

» 6 de cada 10 mujeres en edad fértil son madres o están embarazadas. Un tercio de las mismas recibe la Asignación Universal por Hijo, si bien en las embarazadas primerizas sólo perciben la ayuda social en un 11%.

» El 60% de las mujeres dijeron haber tenido a su primer hijo entre los 18 y 25 años de edad, mientras que 2 de cada 10 mujeres iniciaron la maternidad en la adolescencia. En cambio, el número de mujeres

que inicia la maternidad después de los 35 años es muy baja. El comienzo de la maternidad durante la adolescencia es más frecuente en mujeres que viven en condiciones de pobreza que en aquellas que no son pobres.

» La edad de inicio de la maternidad se asocia particularmente con el nivel educativo alcanzado, el 90% de las mujeres que abandonan los estudios, ya sea primaria o secundaria han sido madres o están embarazadas, en tanto que el inicio de la etapa reproductiva suele ser postergado por aquellas mujeres que poseen un proyecto académico profesional.

» El 7% de las mujeres en edad fértil manifiesta tener problemas de salud crónicos o graves. Este déficit de salud se acentúa en la franja etaria de mayor edad, en las mujeres que viven en condiciones de pobreza y en aquellas que son madres o se encuentran embarazadas. Las enfermedades diagnosticadas informadas con mayor frecuencia son la hipertensión arterial, la colesterolemia, la EPOC y la diabetes.

» El 42,5% de ellas se encuentran cubiertas únicamente desde el sistema de salud público, las demás posee una cobertura médica por medio de obra social, mutual o PAMI, o prepaga. La cobertura exclusivamente pública acaece con mayor asiduidad entre las mujeres pobres, las madres o embarazadas, las que no han logrado concluir sus estudios secundarios, y aquellas que se encuentran dentro del grupo etario de 18 a 29 años.

» 2 de cada 10 mujeres en edad fértil presenta sintomatología ansiosa y depresiva. Este malestar psicológico tiende a acrecentarse en aquellas mujeres de mayor edad, las que viven en condiciones de pobreza, las que son madres y las que presentan escolaridad secundaria incompleta.

» El 25% de las mujeres en edad fértil no asistió a una consulta médica anual. Esta tendencia se ve significativamente elevada en las mujeres pobres y en las que no completaron el nivel secundario. Es importante destacar que 1 de cada 3 de las embarazadas primerizas dijo no haber ido a una consulta médica en el último año.

» La mitad de las mujeres de 18 a 29 años se atendieron en un hospital o servicio de salud público en la última consulta médica. Sin embargo, la utilización de un sistema de atención público es altamente frecuente (por arriba del 70%) en las mujeres pobres o que no han alcanzado un nivel educativo medio. 3 de cada 4 embarazadas primerizas pobres utilizaron un hospital o salita en su última atención médica.

» Puede notarse que el 20% de las mujeres en edad fértil presenta dificultades para lograr una calidad de sueño satisfactoria, especialmente en aquellas pertenecientes al grupo etario de 30 a 49 años, en las que viven en condiciones de pobreza, en las madres y en las que no han concluido el secundario.

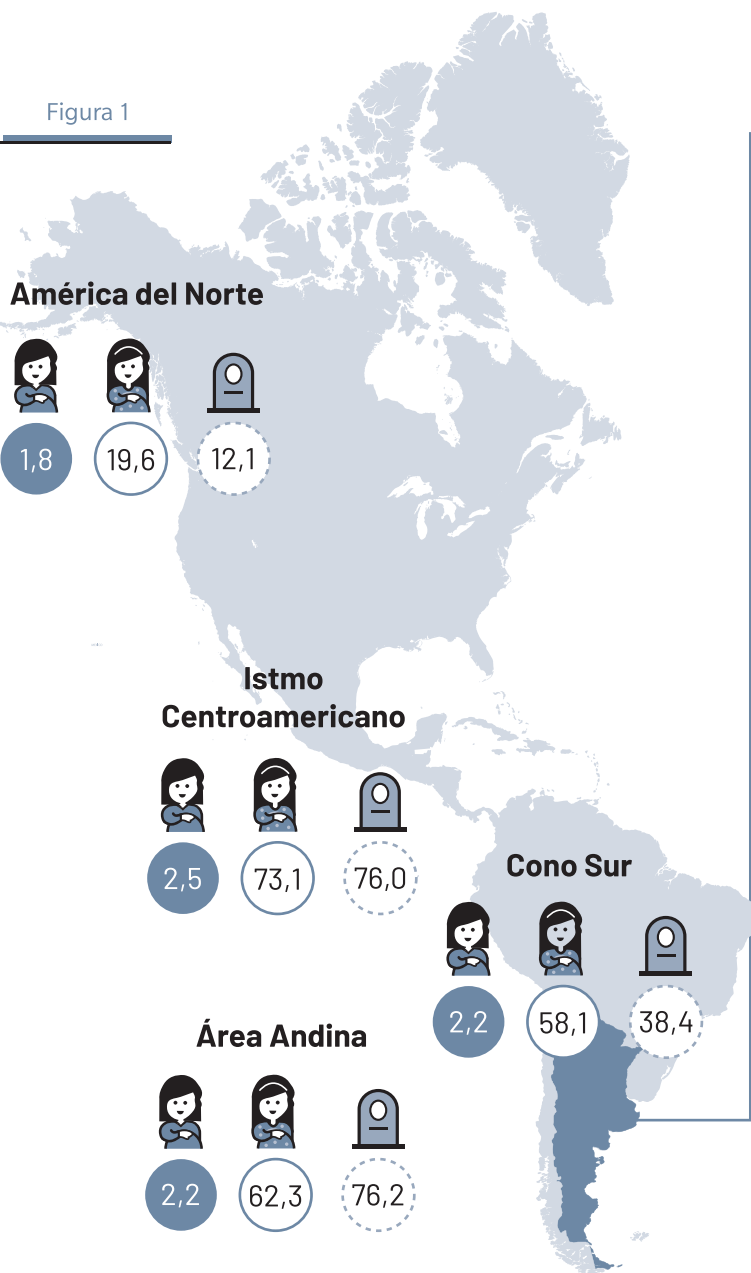
» La mayoría de las mujeres en edad fértil (60%) no realiza actividad física regularmente. En tanto que no se observan grandes diferencias con respecto a la edad, tanto la condición de pobreza, como el secundario incompleto y el ser madre o estar transitando un embarazo parecen ser factores que están asociados al déficit de actividad física.

» 1 de cada 4 de las mujeres en edad fértil fuma tabaco. Este hábito es menos frecuente en aquellas mujeres que no tuvieron hijos, en las más jóvenes y en las que han terminado el secundario. La pobreza no parecería ser un factor asociado al tabaquismo. La proporción de embarazadas primerizas que fuman no es menor que la presentada por la población general de mujeres en edad fértil. Esto significa que 1 de cada 4 mujeres fuman aun encontrándose embarazadas.



# FECUNDIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMÉRICAS

Figura 1




## ARGENTINA

Figura 2

 **11.110.000**

**Son las mujeres de 15 a 49 años en Argentina** (INDEC, 2010, proyección poblacional 2017).

**66,2** 2016  
Tasa general de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años de edad.

**63,0**   
Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.  
2017

**2.3**   
Tasa anual de fecundidad.  
INDEC, 2015

La tasa global de fecundidad representa el número medio de hijos por mujer que en un período dado habría nacido por cada mil mujeres sometidas a las tasas de fecundidad observadas para ese período.

**Tasa global de fecundidad**  
(cantidad de hijos/mujer).

**Tasa global de fecundidad en adolescentes** (nacimientos / 1000 mujeres de 15 a 19 años).

**Razón de mortalidad materna reportada**, cada 100.000 nacidos vivos.



En la Argentina no hubieran muerto **160 madres** si tuviésemos una tasa de mortalidad materna similar a Chile (OPS, 2015)

Figura 3

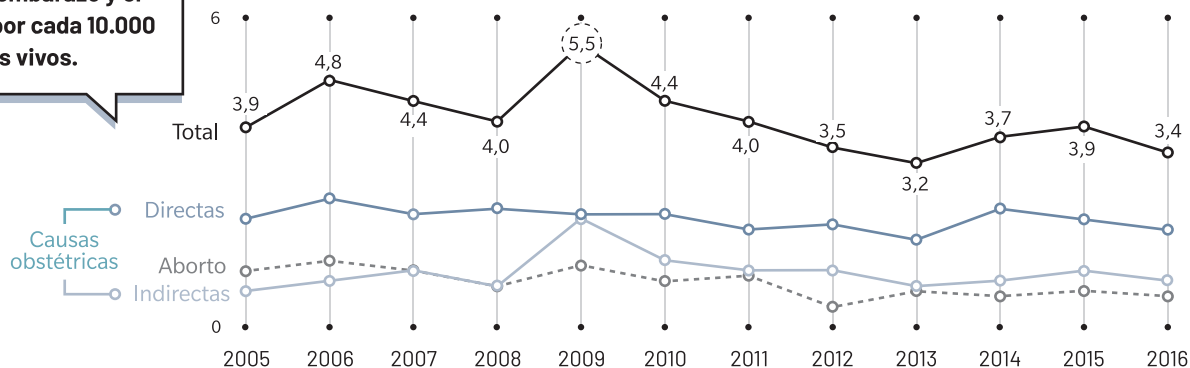
<b>Argentina</b>	<b>2,3</b>	63,0	38,7
Bolivia	<b>2,8</b>	69,0	160,0
Brasil	<b>1,7</b>	62,7	59,9
Canadá	<b>1,6</b>	9,8	6,1
Chile	<b>1,8</b>	46,6	15,5
Colombia	<b>1,8</b>	49,5	53,7
Cuba	<b>1,7</b>	45,0	41,9
Ecuador	<b>2,5</b>	74,6	44,6
Estados Unidos de América	<b>1,9</b>	20,6	12,7
México	<b>2,2</b>	61,4	34,6
Paraguay	<b>2,5</b>	56,6	81,8
Uruguay	<b>2,0</b>	55,4	19,1
Venezuela	<b>2,3</b>	85,8	68,7

**Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 10.000 nacidos vivos.**

Figura 4

**38,7**

Razón de mortalidad materna reportada. (OPS, 2015)



**0,4%**

**Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años** (de edad conocida), 2015. Ministerio de Salud, Serie 5 N° 59/16.

**14,7%**

**Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años** (de edad conocida), 2015. Ministerio de Salud, Serie 5 N° 59/16.



## PRESENTACIÓN

Desde el Observatorio de la Deuda Social Argentina, se vienen monitoreando diferentes indicadores asociados al estado de salud, así como también a las condiciones de salud referidas al acceso, a la utilización y a los hábitos saludables que hacen a la calidad de vida de las personas. En los últimos años, si bien se ha puesto en foco de las políticas públicas, los informes desde distintas fuentes sostienen que el derecho a la salud es vulnerado y es consecuentemente desigual bajo distintas características socio-demográficas, geográficas, económicas, educativas y laborales (OMS, 2009).

La salud en la población es uno de los principales temas que demandan atención en la agenda actual, especialmente si pensamos en la situación específica de mirada de género, es decir en las 11.110.000 mujeres argentinas de entre 15 y 49 años (INDEC, 2010). Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2015) las mujeres reportaron tener una salud mala o regular en mayor proporción que los varones, además de que los indicadores que refieren a enfermedades no transmisibles, fueron menos favorables en personas con cobertura de salud sólo pública.

La ONU sostiene que hay 4,4 millones más de mujeres que viven en la extrema pobreza en comparación con los hombres. Gran parte de esta desigualdad se explica debido a la carga desproporcionada del trabajo doméstico no remunerado que enfrentan las mujeres, especialmente durante sus años reproductivos. Así, ser mujer, pertenecer a un nivel socioeconómico desfavorecido, baja escolaridad, sin actividad ocupacional y sin cobertura de salud incrementa el riesgo de tener mala salud (Fidalgo, 2008; Mario, 2018). Este escenario de grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, pone en franca desventaja a las mujeres que pertenecen a los sectores menos educados y con mayores falencias socio-ambientales, en tanto que las somete a una descalificación como sujetos de derechos.

La consideración de los factores de género es absolutamente relevante en el análisis de la igualdad en el estado, atención y cuidado de la salud. La equidad de género en salud no se traduce en tasas simétricas de mortalidad y morbilidad en mujeres y varones, sino que apunta a la eliminación de la desigualdad en las oportunidades de acceso a la salud y a evitar enfermedades, discapacidades o muertes de mujeres por causas prevenibles.

En este contexto también se suman aspectos que le son propios a la Argentina, como es el sistema de salud segmentado, fragmentado, superpuesto, heterogéneo y con desigual calidad en la atención. El fundamento del mismo está sobre el sector público, que brinda una cobertura a todos los habitantes del país (PNUD, 2011), asentado en un principio asegurador del riesgo social de tipo universalista, ya que existe una igualdad de derechos para todos los residentes en el país, independientemente de su posición en el mercado y su posición de clase, y se brindan servicios financiados con recursos generales del estado (Ballesteros, 2017). Si bien el sector público brinda cobertura a toda la población, en la práctica acceden al mismo principalmente la población sin otra cobertura de salud, generando que el acceso a los servicios y el subsistema de atención al que se accede esté fuertemente estratificado (Maceira, 2009).

Así, el derecho a la salud no siempre se concreta en forma efectiva en el contexto de un sistema con grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud producto de las diferentes capacidades de pago de la población (Curcio, 2011; Tobar, 2013). Estudios cuantitativos muestran que la población no afiliada a algún sistema utiliza menos todos los servicios de salud (Ballesteros, 2014; Rodríguez Espínola, 2017). Además, la población que cuenta únicamente con cobertura pública es la que más frecuentemente se encuentra con barreras en el acceso a los servicios de salud (Musante, 2011; Ballesteros, 2013; Adaszko, 2011).



Bajo este escenario, se hace necesario acentuar que las mujeres poseen mayor necesidad de hacer uso de servicios de salud, dado que las funciones reproductivas generan un conjunto de necesidades particulares de atención. La reproducción humana conlleva mayor compromiso y riesgo para la mujer, por ser responsable en su cuerpo de la concepción, el desarrollo embrionario, fetal, el parto y la etapa puerperal. Datos oficiales ofrecen un mapa de disparidad en cuanto a una cobertura de salud en las madres, especialmente en las provincias donde hay mayor pobreza y natalidad es aún mayor la función del sector exclusivamente público en la atención de la salud.

Los datos comparados de Argentina con los demás estados americanos muestran que la cantidad de hijos por mujer es de 2,3, mientras que en Brasil, Chile o Colombia disminuyen las tasas (1,8) en similar valor a Estados Unidos (Figura 3).

Según datos oficiales (DEIS, 2018) la tasa general de fecundidad en Argentina en el año 2016 fue de 66,2 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad. Llamativamente, como se puede ver en la Figura 1, la tasa global de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años (63 en Argentina) es tres veces mayor en países sudamericanos comparados con los del norte América. En este contexto, el buen estado de salud de la mujer en edad reproductiva es fundamental ya que pueden ocurrir eventos perjudiciales, entre los cuales, uno de los más penosos e indeseados es la muerte materna. Las mujeres enfrentan mayormente los problemas de salud asociados con el embarazo y el parto, que en proporciones mundiales causan 14% de las muertes de mujeres en edad reproductiva. Según la OMS, la mayoría de las muertes maternas podrían ser prevenidas si las mujeres recibieran atención médica profesional y oportuna.

La OMS afirma que la mortalidad materna es una tragedia global de las mujeres en edad fértil, en plena etapa productiva y creativa de sus vidas. El 99% de ellas pertenecen a estados en vías de desarrollo (sumidas en situación de pobreza) y menos del 1% en los países desarrollados. En este sentido se postula el concepto de pobreza no exclusivamente los aspectos económicos sino también la pobreza multidimensional. Es además pertinente tener en consideración la relación de la renta per cápita de los países de Latinoamérica y la mortalidad infantil, de igual forma también el PBI per cápita y la

---

## LA REPRODUCCIÓN HUMANA CONLLEVA MAYOR COMPROMISO Y RIESGO PARA LA MUJER, POR SER RESPONSABLE EN SU CUERPO DE LA CONCEPCIÓN, DEL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL, EL PARTO Y PUERPERIO

alta correlación con la mortalidad materna. Si bien la relación entre pobreza y mortalidad materna no parece ser un tema tan difundido como ocurre con pobreza y mortalidad infantil.

En las Américas, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres y la población que goza de buena salud suele ser más productiva en el plano económico y cultural (ver Figura 3). La razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos reportada en la Argentina es de 38,7 obteniendo un mejor posicionamiento que algunos países del Cono Sur, pero siendo aún un valor estimablemente alto al mirar países con mayor desarrollo socioeconómico como Estados Unidos (12,7) y Canadá (6,1). Se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren/mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población (OMS, 2003).

Entre 2005 y 2016, la mortalidad materna en la Argentina descendió casi un tercio y lo que más se redujo fue la mortalidad por aborto, en tanto las causas vinculadas al control del embarazo y parto no se modificaron, por lo cual se ha incumplido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como se observa de manera gráfica en la Figura 4, durante el año 2016 en la Argentina hubo 245 muertes maternas, de ellas 43 fueron por aborto, el 82,5 % restante fue

por causas obstétricas directas e indirectas (diabetes, hipertensión y otras enfermedades previas de la mujer, sepsis, hemorragias y otras complicaciones del embarazo y parto). Considerando como causas, bajo la responsabilidad que tiene el Estado y su sistema de salud sobre la falta de control del embarazo, falta de recursos humanos de obstétricas, maternidades inseguras por falta de sangre, de insumos, áreas quirúrgicas deficientes, incapacidad de resolver procedimientos anestésicos, entre otros.

En el año 2015 el 56% de las maternidades en la Argentina son inseguras al no cumplir con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) establecidas por la OMS en 1986. En tanto que, en el año 2016 murieron en Argentina 525 mujeres por deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales, 233 por tuberculosis, 194 por Chagas y 3 mujeres muertas por tétanos (Schiavone, 2018).

El presente informe tiene como objetivo analizar las condiciones asociadas a la salud de las mujeres urbanas de 15 a 49 años de edad, utilizando como fuente de análisis de datos la Encuesta de la Deuda Social Argentina, Serie Bicentenario (años

2010-2016) y Agenda para la Equidad (año 2017), específicamente entre el 2014 y 2017. Se propone estudiar una serie de indicadores que evidencian el estado percibido, la accesibilidad, la atención y la prevención de la salud, en tanto que cada indicador es evaluado en términos de la diferencia según distintos grupos etarios, nivel educativo y cobertura de salud. Además, la información se analiza observando el comportamiento en relación con factores estructurales relativos a la desigualdad social comparando los indicadores según condición de pobreza.

Los datos se organizan en siete apartados: el primero hace una caracterización sociodemográfica, socioeconómica, laboral y educativa de la población en estudio; en segundo término, se aborda en particular el estado reproductivo de las mujeres y a continuación se realiza un detalle de la cobertura médica. El estado de la salud física y mental, así como la atención médica serán temas del cuarto y quinto apartado, abordando en el sexto los hábitos saludables. El último análisis aborda el detalle de la salud de las mujeres que inician su maternidad, encontrándose por primera vez embarazadas.

## 1 SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÓMICA, EDUCATIVA Y LABORAL

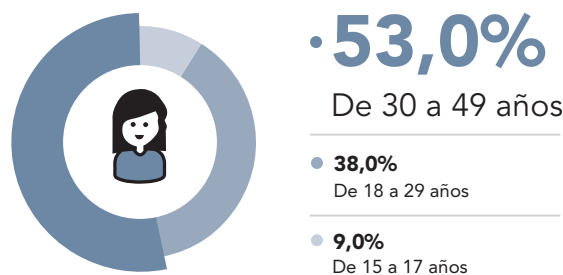


» Del total de las 5295 mujeres encuestadas, 9% son adolescentes entre 15 y 17 años de edad, el 38% se representa con mujeres de 18 a 29 años y finalmente el grupo de 30 a 49 años quedó compuesto con más de la mitad de la población en estudio (53%).

» El nivel educativo alcanzado es de solo el 14% de mujeres con sólo una educación primaria básica completa o incompleta, si bien al observar dentro de los distintos grupos etarios la proporción de carencia educativa es casi nula entre las adolescentes de 15 a 17 años (3%), representa a 1 de cada 10 mujeres de 18 a 29 años y se duplica en la población de mayor edad en análisis, en tanto que el nivel educativo terciario/universitario completo se perfila en 1 de cada 4 mujeres del segmento etario de 30 a 49 años.

**FIGURA 5** Mujeres en edad fértil según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

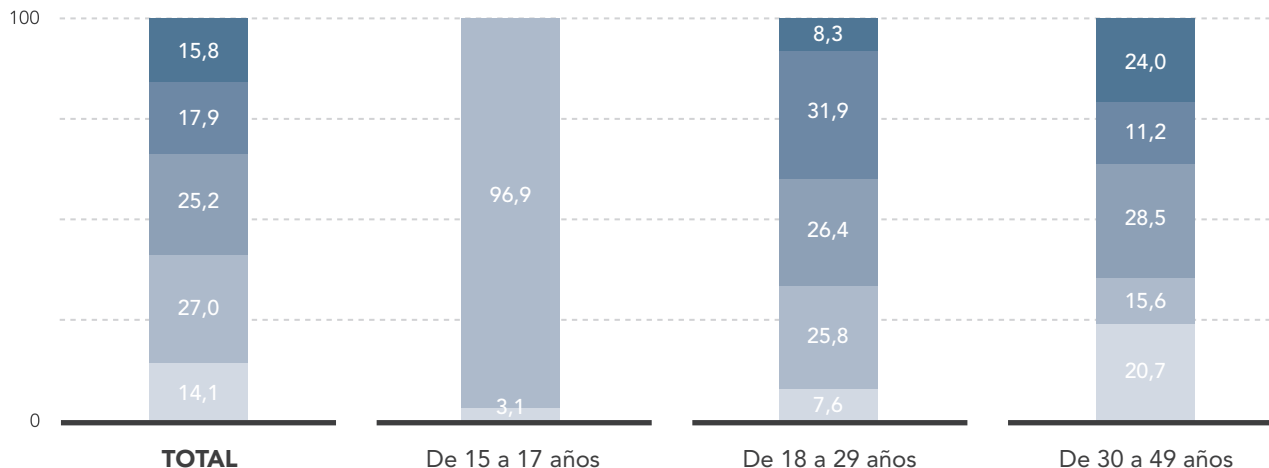


**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 6

## Nivel educativo alcanzado según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» El 84,4% de las mujeres son argentinas nativas del lugar de residencia, en tanto que el 11,1% han migrado desde otras ciudades o provincias; mientras que el 4,5% han emigrado de otros países.

» Al analizar las características de los hogares a los que pertenecen las mujeres en cuestión, se observa que la mitad de ellas viven en familias nucleares completas con hijos, si bien 12% de ellas componen hogares con la ausencia del padre/madre (incompletos). De las encuestadas, El 18% de ellas conforman hogares familiares extendidos o compuestos completos (integrados por la familia nuclear y otros consanguíneos) y un 13% incompletos. Tan solo el 5% son mujeres de hogares que viven con su pareja y sin hijos.

» El 15% de las mujeres son jefas del hogar, en tanto que el 40% son cónyuges del jefe del hogar y 38% son hijas/hijastras del principal sostén del hogar.

» Casi la mitad de las mujeres mencionaron estar solteras y 2 de cada 10 dicen estar casadas, en tanto se encuentran unidas de hecho 1 de cada 4 de ellas y el 7% las mujeres están divorciadas, viudas o separadas.

TABLA 1

## Origen Migratorio y tipo de hogar.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

Origen Migratorio	TOTAL
Nativo	84,4
Migrante Interno	11,1
Migrante países limítrofes	4,0
Migrante de otros países	0,5
Tipo de hogar al que pertenecen	
Unipersonal	1,6
Familiar nuclear completo con hijos	49,8
Familiar nuclear completo sin hijos	4,7
Familiar nuclear incompleto con hijos	11,9
Familiar extendido o compuesto completo	18,1
Familiar extendido o compuesto incompleto	13,3
Multipersonal no familiar	0,6

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**TABLA 2** Parentesco con el jefe y situación conyugal.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

Parentesco con el jefe del hogar	TOTAL	Situación conyugal	TOTAL
Jefa del hogar	14,7	Soltera, nunca se casó	46,0
Cónyuge del jefe	39,8	Casada por civil	9,0
Hija/hijastra del jefe	37,6	Casada por civil y por iglesia	12,0
Nuera del jefe	2,3	Unida de hecho	26,0
Nieta del jefe	2,1	Divorciada	2,0
Otros familiares	2,8	Separada	4,0
Otros no familiares	0,7	Viuda	1,0

**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**TABLA 3** Situación de ocupación y calidad de inserción laboral.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

Situación de ocupación	TOTAL
Ocupado	49,3
Desocupado	8,2
Inactivo	42,5

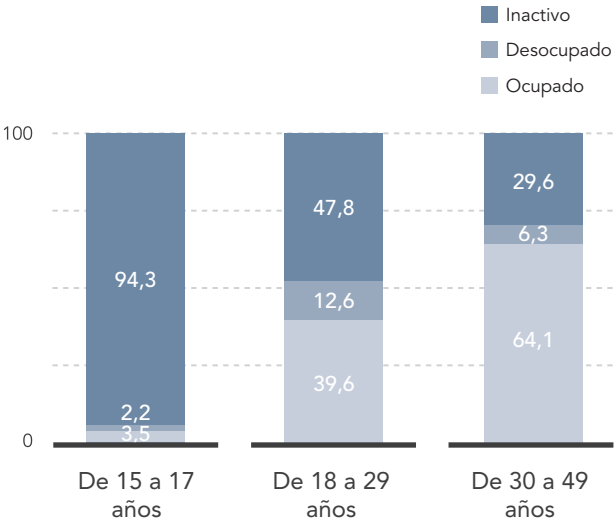
  

Calidad de inserción laboral de la PEA	
Empleo pleno	40,4
Empleo precario	31,5
Subempleo inestable	12,2
Desempleo	15,9

**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**FIGURA 7** Situación de actividad según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA



» La mitad de las mujeres que pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA) se encuentran en situación de ocupación laboral, mientras que el 8,2% se encuentran desocupadas.

» En cuanto a la calidad de la inserción laboral, podría decirse que el 40% de las encuestadas que trabajan poseen un empleo pleno de derechos, mientras que el 31,5% detenta un empleo precario y el 12% un subempleo inestable. El 16% de las mujeres dijo encontrarse en una situación laboral de desempleo.

» Casi la mitad de las mujeres de entre 18 y 29 años (47,8%) no tiene ni está buscando trabajo, situación que disminuye considerablemente a partir de los 30 años. Dentro de éste último grupo, son 29,6% las mujeres que se encuentran inactivas.

» A su vez, la situación de ocupación tiende a aumentar con la edad: el 3,5% de las adolescentes se encuentran ocupadas, condición que se eleva exponencialmente en el grupo de 18 a 29 años (39,6%). Finalmente, 64,1% de las mujeres de entre 30 y 49 años trabajan.

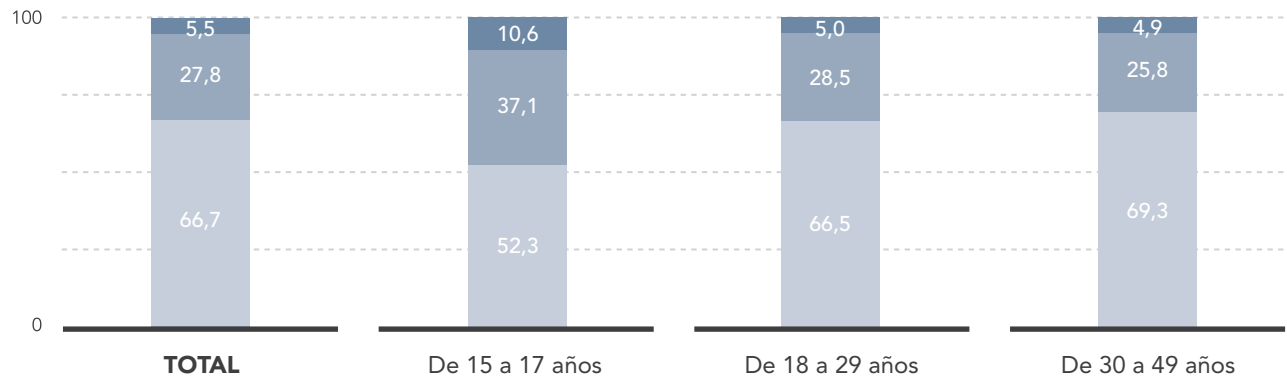
CASI LA MITAD DE LAS MUJERES DE 15 A 17 AÑOS VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA

» Un tercio de las mujeres de entre 15 y 49 años vive en condiciones de pobreza: 5,5% se encuentra bajo una línea de indigencia, mientras que el restante 27,8% son pobres, pero no indigentes.

» La condición de pobreza no varía significativamente entre el grupo de mujeres de 18 a 29 años y el grupo de entre 30 y 49 años. Desde otra perspectiva, el grupo de mujeres adolescentes, de entre 15 y 17 años, presenta una situación diferente: el 52,3% no es pobre, 37,1% es pobre no indigente y el 10,6% es pobre indigente.

FIGURA 8 Condición de pobreza según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



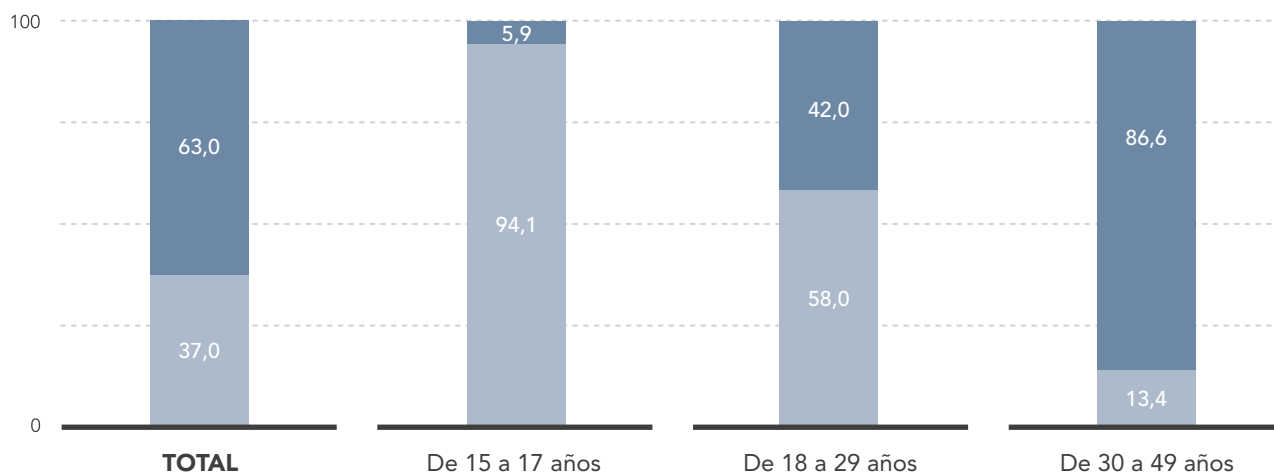
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

## 2 ESTADO REPRODUCTIVO



**FIGURA 9 Estado reproductivo según grupos de edad.**

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» De las encuestadas, 4 de cada 10 del segmento etario de 18 a 29 años tuvo un hijo o está embarazada, en tanto que los guarismos se duplican en el grupo de mujeres de entre 30 a 49 años (86,6%).

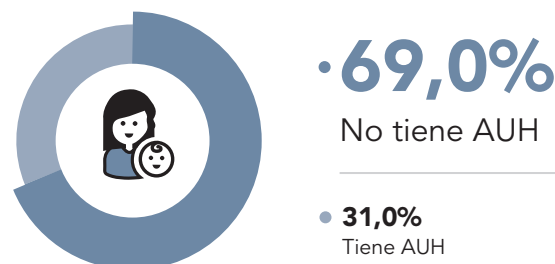
» El embarazo o maternidad adolescente es del 5,9%.

» Así del total de la población femenina en edad fértil, 6 de cada 10 mujeres son madres y/o están embarazadas. Percibiendo el 30% de ellas la Asignación Universal por Hijo.

» Es interesante observar la Figura 11, donde se observa la relación entre estado reproductivo y el nivel de estudio alcanzado. La deserción escolar o no alcanzar nivel secundario se da en el 90% de las mujeres que han pasado por la maternidad, en tanto que

**FIGURA 10 Asignación universal por hijo en madres y/o embarazadas.**

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

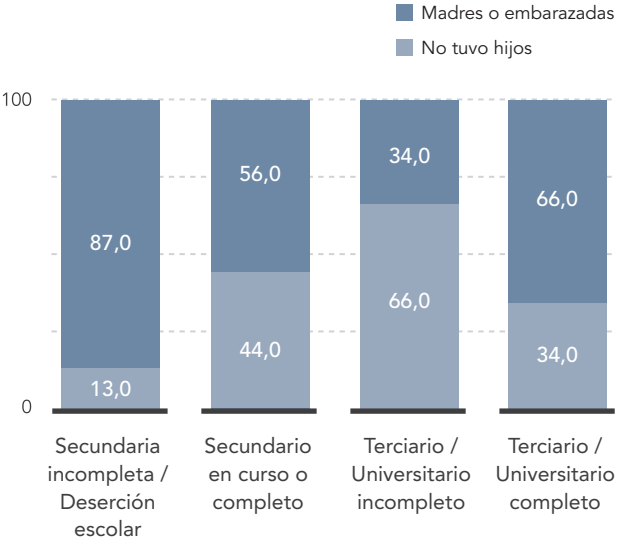
el 56% de las embarazadas está cursando el nivel medio. Sólo un tercio de las que son madres están en proceso de alcanzar un estudio universitario o terciario en tanto que las proporciones se invierten en el estado reproductivo de las que han logrado tener un título universitario o terciario.

» El abandono de estudios es mayor entre las mujeres de mayor edad comparando los grupos generacionales.

» Las madres alcanzan niveles de deserción escolar (abandono de la primaria o secundaria) mayores que las que no han tenido hijos. En las adolescentes el abandono de la primaria o secundaria se da en un 21%, en tanto que casi la mitad de las madres de 18 a 29 años no han concluido y no están asistiendo a organismos educativos, mientras que en las que no han sido madres la deserción es sólo en 1 de cada 10 mujeres. Puede observarse que en el grupo de mujeres de 30 a 49 años es mayor la deserción escolar, aumentando comparativamente de manera especial tanto en las que no han sido madres (15%) como en las madres (38%).

**FIGURA 11** Estado reproductivo según nivel educativo alcanzado.

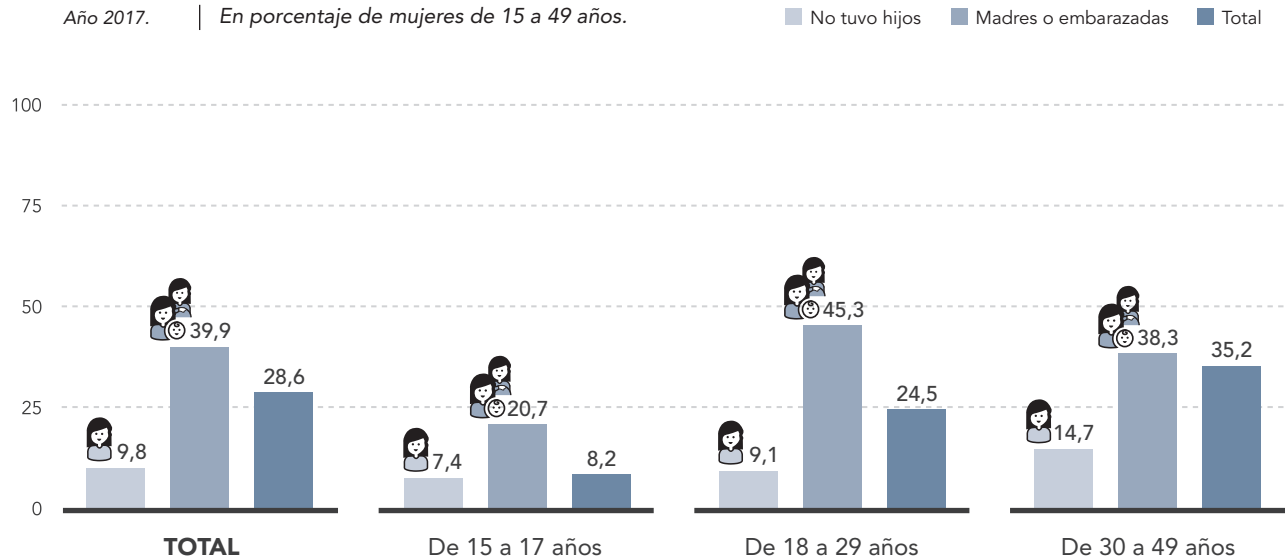
Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**FIGURA 12** Deserción escolar según estado reproductivo, por grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



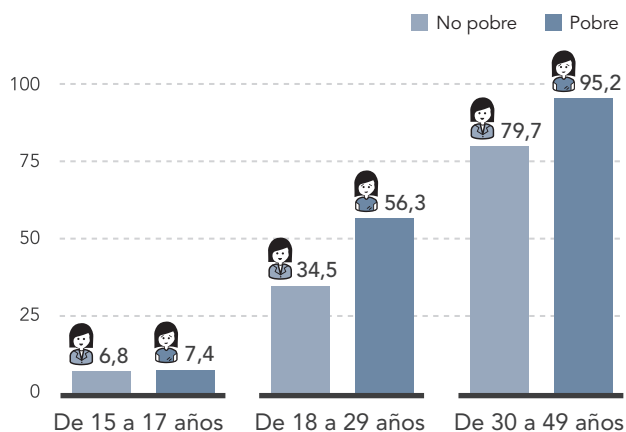
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» Al observar en las mujeres que son madres o están embarazadas la condición de pobreza, la incidencia de maternidad adolescente es levemente superior entre las que son pobres. La maternidad se ha logrado en el 56% de las mujeres pobres versus el 34,5% de las no pobres en el grupo de 18 a 29 años. El 95% de las mujeres de 30 a 49 años ha iniciado la maternidad y es pobre, en tanto que el 80% de las no pobres han alcanzado dicho estado reproductivo.

FIGURA 13

### Madres y/o embarazadas según grupos de edad por condición de pobreza.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

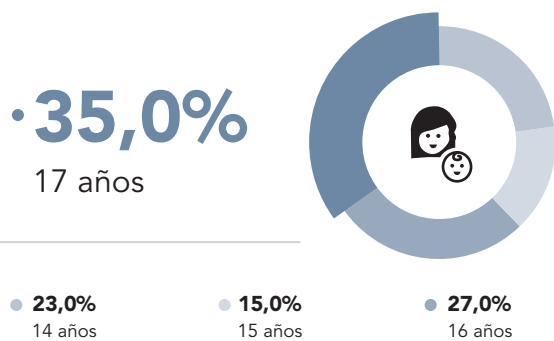


Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 14

### Edad que tuvo su primer hijo.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 17 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» De las mujeres encuestadas de 18 años y más, el 20% mencionó que tuvo a su primer hijo en edad adolescente (12 a 17 años) o entre los 26 y 34 años, en tanto que el 60% informó que fueron madres primerizas entre los 18 y 25 años.

» El comienzo de la maternidad en las adolescentes a los 14 años fue en el 23% de ellas, a los 15 años en el 15% de las jóvenes, en tanto que los 16 y los 17 años fueron los más frecuentes de inicio (27% y 35% respectivamente).

» La figura 16, muestra un dato llamativo en el cuál 3 de cada 10 mujeres pobres mencionaron haber comenzado su maternidad entre los 12 y 17 años y sólo 1 de cada 10 de las no pobres, proporción que se invierte en las mujeres pobres y no pobres de 26 a 34 años. Casi el 90% de las mujeres pobres son madres antes de los 25 años.

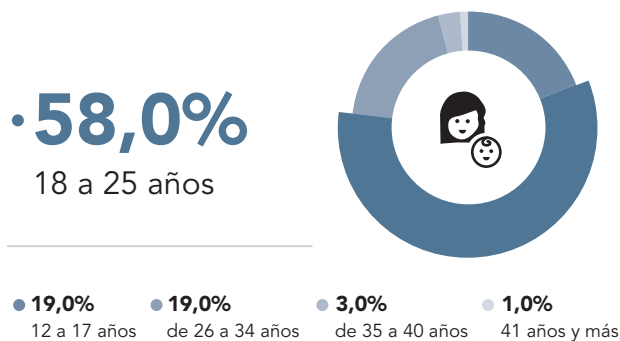
» El 40% de las mujeres que no han alcanzado un nivel educativo primario y el 30% de las mujeres que no han completado el nivel medio reportan haber iniciado la maternidad antes de los 17 años, así se evidencia que el 90% fueron madres antes de los 25 años en las que no completaron la secundaria.

» El 70% de las mujeres que completaron el nivel educativo medio comenzaron su etapa materna entre los 18 y 25 años, en tanto que las que

FIGURA 15

### Edad que tuvo su primer hijo.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

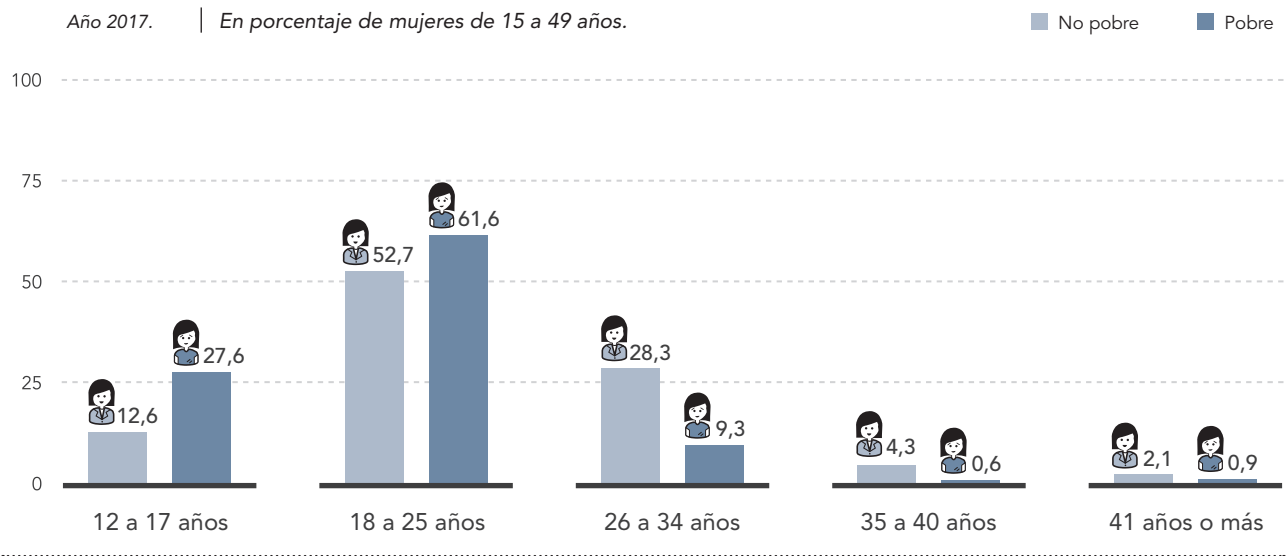


prosiguieron estudios terciarios/universitarios mencionaron tener a su primer hijo a edades mayores.

» Es interesante observar que un proyecto académico profesional tiene un efecto de postergación notorio en el inicio de la etapa de reproducción de las mujeres. Así, casi el 60% de las mujeres que han obtenido un título universitario o terciario dicen haber iniciado la maternidad luego de los 25 años, siendo de sólo 3,5% la referencia de un embarazo adolescente.

CASI EL **90%** DE LAS MUJERES POBRES SON MADRES ANTES DE LOS 25 AÑOS

**FIGURA 16**    **Edad que tuvo su primer hijo según condición de pobreza.**



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**TABLA 4**    **Edad que tuvo su primer hijo según nivel educativo.**

Año 2017.    En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.

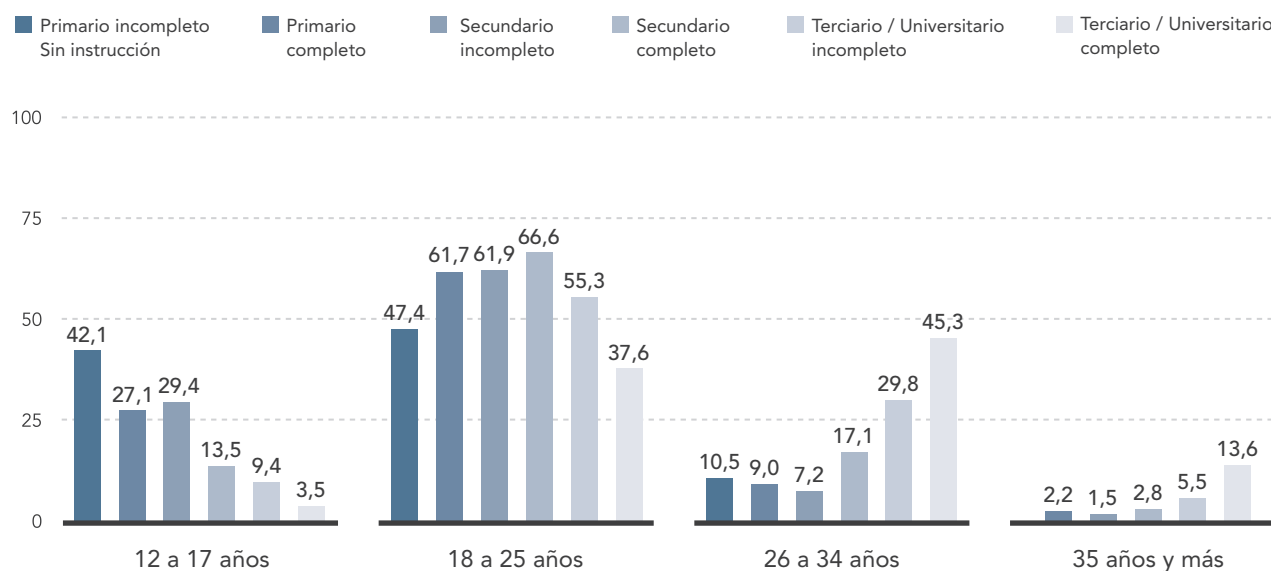
Años	Primario incompleto Sin instrucción	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario / Universitario incompleto	Terciario / Universitario completo
12 a 17	42,1%	27,1%	29,4%	13,5%	9,4%	3,5%
18 a 25	47,4%	61,7%	61,9%	66,6%	55,3%	37,6%
26 a 34	10,5%	9,0%	7,2%	17,1%	29,8%	45,2%
35 o más		2,2%	1,5%	2,8%	5,5%	13,7%

**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 17

## Edad que tuvo su primer hijo según nivel educativo.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

## 3 COBERTURA MÉDICA



» Del total de las mujeres encuestadas, la mitad de ellas refieren tener una cobertura médica a través de obra social, mutual, PAMI, 1 de cada 10 aporta a una prepaga; mientras que el 42,5% menciona estar cubiertas solamente desde una estructura pública.

» Al observar según grupo etario, la mitad de las mujeres de hasta 29 años sostienen un tipo de cobertura de salud exclusivamente pública, mientras que en el grupo de 30 a 49 años disminuye a sólo el 37% de ellas y aumenta en consideración la asistencia desde obra social, mutual o PAMI y levemente la cobertura por prepaga.

» La incidencia de cobertura exclusivamente pública es mayor entre las mujeres pobres respecto a las mujeres no pobres, especialmente se observan mayores guarismos entre el segmento etario de 18 a 29 años.

» Al observar los datos en función del estado reproductivo de las mujeres encuestadas, la cobertura de salud exclusivamente pública predomina en el grupo de las mujeres que son madres o se encuentran transitando el embarazo. La diferencia más notoria se observa en el grupo de mujeres entre 18 a 29 años de edad, explicando que sólo poseen cobertura pública 7 de cada 10 mujeres madres o embarazadas y 4 de cada 10 mujeres sin hijos.

» Reciben cobertura médica sólo pública el 40% de las mujeres entre 18 y 30 años y el 20% entre 30 y 49 años, que completaron el nivel educativo medio. Dicho número aumenta considerablemente, en el grupo de mujeres que no lograron finalizar sus estudios secundarios: 7 de cada 10 mujeres entre 18 y 30 años y el 6 de cada 10 mujeres entre 30 y 49 años.

FIGURA 18

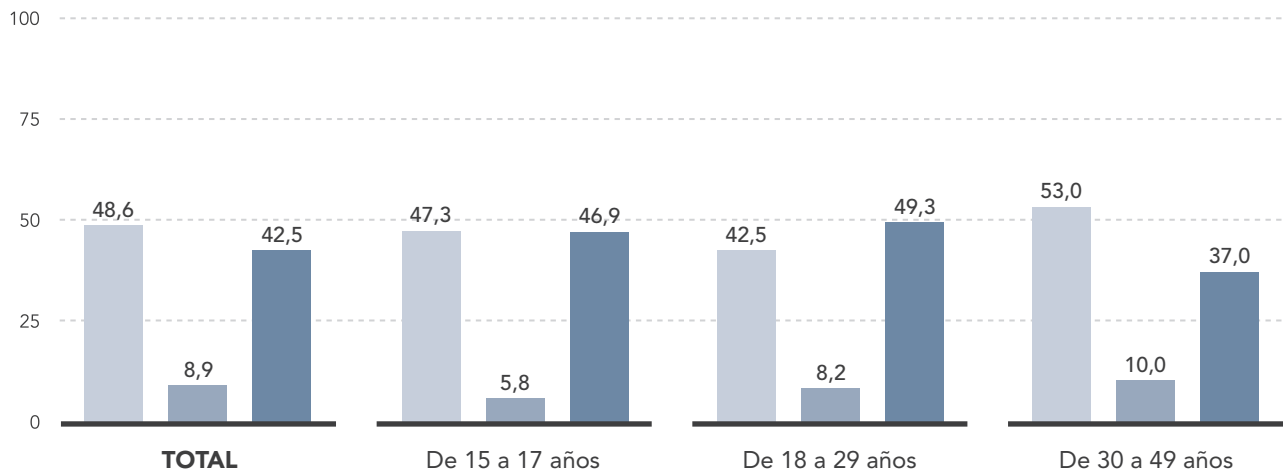
## Cobertura de salud según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

■ OS, Mutua, PAMI

■ Prepaga

■ Cobertura pública



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

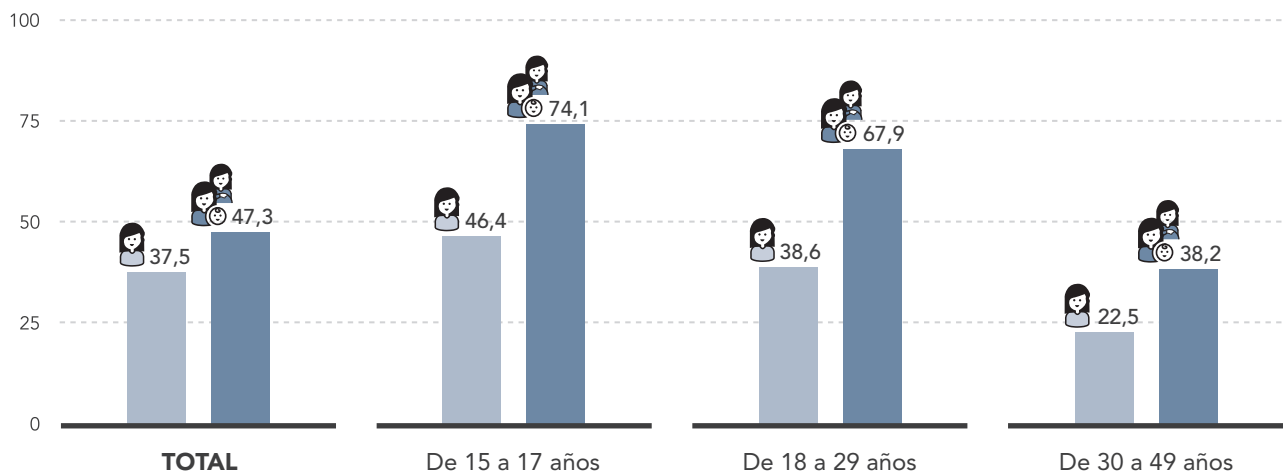
FIGURA 19

## Cobertura de salud exclusivamente pública según edad por estado reproductivo.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

■ No tuvo hijos

■ Embarazada/madre



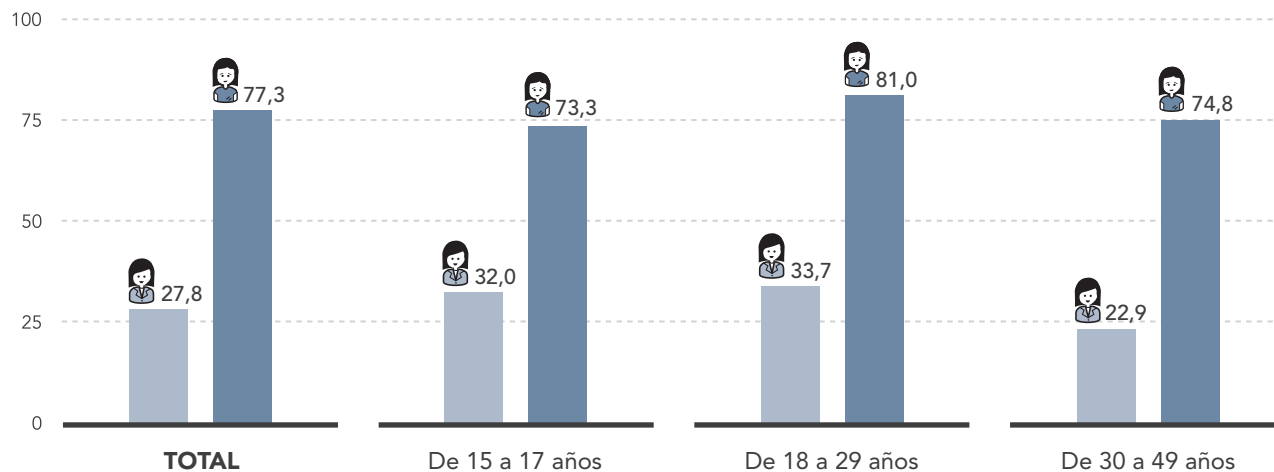
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 20

## Cobertura de salud exclusivamente pública según edad por condición de pobreza.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.

■ No pobre ■ Pobre



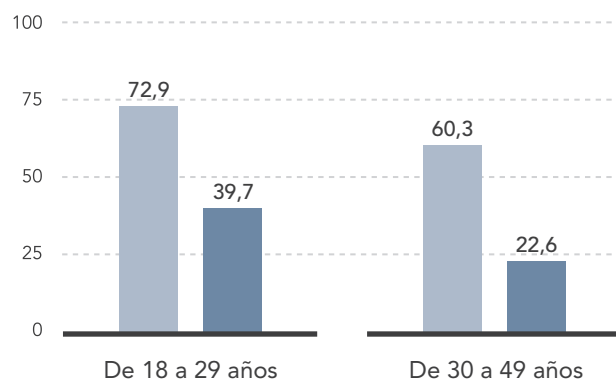
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 21

## Cobertura de salud exclusivamente pública según edad por nivel educativo.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.

■ Sin secundario completo ■ Secundario completo y más



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

EL **42,5%** DE LAS MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL POSEEN  
EXCLUSIVAMENTE COBERTURA  
DE SALUD PÚBLICA



## 4 ESTADO DE LA SALUD



» El 72,5% de las mujeres en edad fértil reporta no tener problemas de salud, si bien el 7% manifiesta sufrir problemas crónicos o bastantes problemas.

» De las mujeres encuestadas, 2 de cada 10 revelan alta sintomatología ansiosa y depresiva que se expresa como malestar psicológico.

» El estado de salud no varía significativamente cuando es analizado teniendo en cuenta su condición de pobreza o estado reproductivo, si bien la percepción de problemas graves de salud o enfermedades crónicas es mayor comparando a las mujeres pobres de las no pobres y a las madres de las que aún no han tenido hijos.

» Sin embargo, puede observarse que el déficit en el estado de salud tiende a deteriorarse en el segmento etario de mayor edad. Aproximadamente un tercio de las mujeres de 30 a 49 años manifiesta tener mala salud y de ellas, 1 de cada 10 dice tener problemas graves o crónicos de salud. En cambio, menos del 20% de las mujeres de entre 18 y 29 años afirma sufrir algún problema de salud.

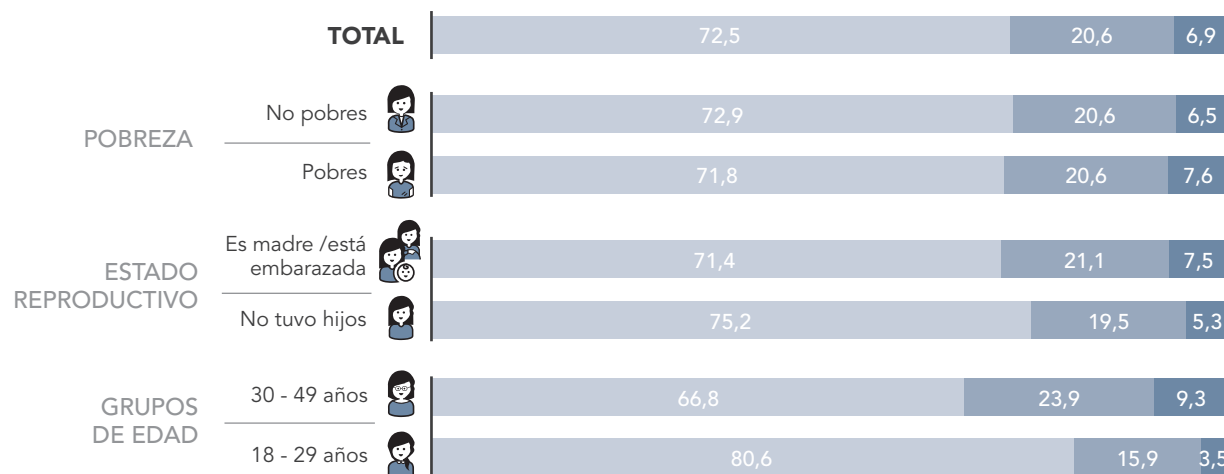
» Si bien el malestar psicológico tiende a incrementarse con la edad, la condición de pobreza y la escolaridad secundaria incompleta estarían también siendo características en las que se observa sintomatología ansiosa y depresiva elevada. La brecha en malestar psicológico es aún más notoria, según el estado reproductivo, entre las mujeres que no han tenido hijos y las que son madres (13% vs. 23%).

» En la Tabla 5 se muestra la incidencia de enfermedades diagnosticadas informadas por las mujeres, siendo la hipertensión arterial la de mayor presencia (11%), en segundo término, la colesterolemia (5,2%), seguida por las enfermedades reumáticas (3,7%), y, cercanas a un 3%, la EPOC y la diabetes.

» Las diferencias en el diagnóstico de enfermedades según grupos de edad son evidentes, duplicándose los guarismos en las mujeres de 30 a 49 años con respecto a las de 18 a 29 años.

**FIGURA 22 Estado de salud percibido según edad, estado reproductivo y condición de pobreza.**

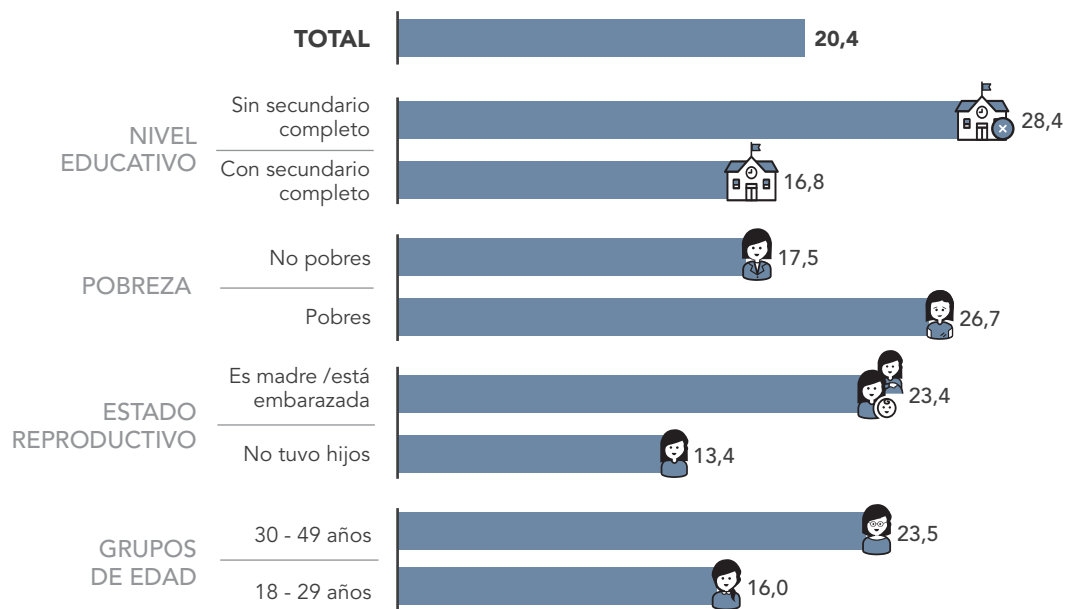
Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años. Sin problemas Algunos problemas Crónicos o bastantes problemas



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

**FIGURA 23** Malestar psicológico según edad, estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



**TABLA 5** Enfermedades diagnosticadas según grupos de edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS	18 - 29 años	30 - 49 años	TOTAL
Hipertensión arterial	4,9%	15,3%	11,0%
Angina de pecho, enfermedad coronaria, ataque cardíaco, infarto de miocardio	0,9%	2,1%	1,6%
Accidente cerebrovascular (ACV, infarto cerebral, derrame cerebral, apoplejía)	0,4%	0,7%	0,6%
Cáncer (Cualquier tipo, tumor malo o tumor maligno)	0,1%	2,2%	1,3%
EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica: asma, enfisema, o bronquitis crónica)	2,6%	3,6%	3,2%
Diabetes	1,4%	4,2%	3,1%
Enfermedades reumáticas: Artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia	1,7%	5,1%	3,7%
Colesterolemia	2,7%	6,9%	5,2%

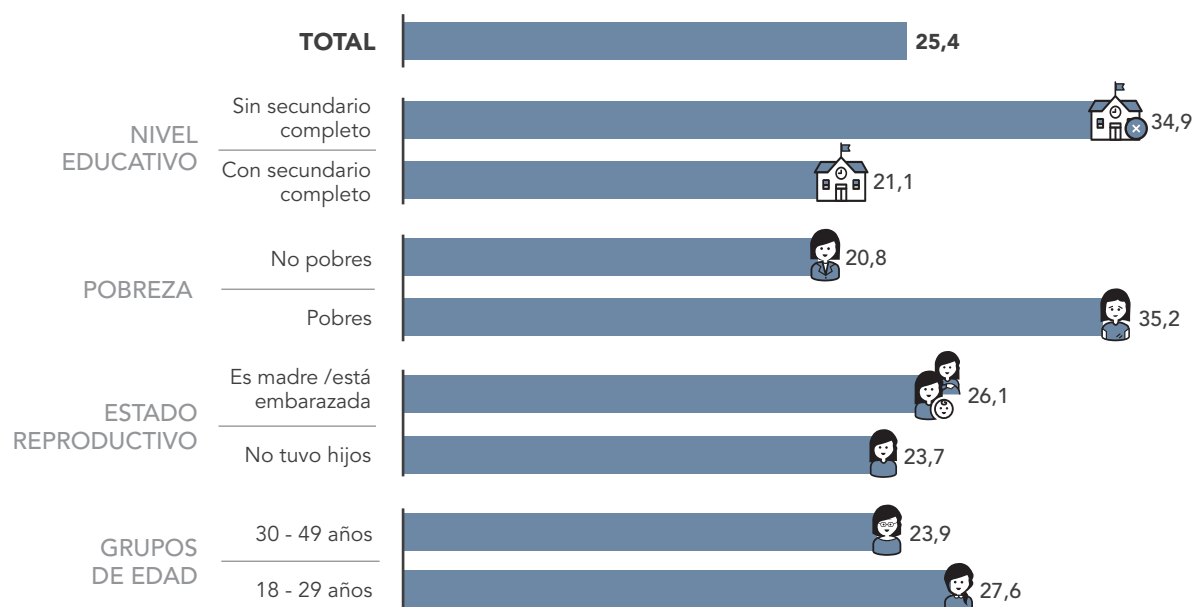
**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA



FIGURA 24

**No realizó una consulta médica anual según edad, estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.**

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» Se advierte que 1 de cada 4 de las mujeres urbanas en edad fértil no ha concurrido a una consulta médica anual, si bien ésta práctica alcanza a un tercio de las mujeres pobres o que no han alcanzado un nivel educativo medio.

» Un análisis detallado de la falta de atención médica demuestra que, comparadas según grupos de edad, las mujeres de 18 a 29 años con secundario completo, que no son pobres y que son madres no han consultado a un facultativo en mayor frecuencia que las de 30 a 49 años.

» La falta de atención médica se observa en casi 4 de cada 10 de las que dijeron tener sólo una cobertura pública comparadas con las que acceden a un sistema de obra social, mutual, PAMI o prepaga.

La diferencia por grupos de edad en la falta de atención médica no se observa casi entre distintos sistemas de cobertura con el que cuentan, si bien 2 de cada 10 de 18 a 29 años de las que poseen un sistema de cobertura no público mantienen esta carencia.

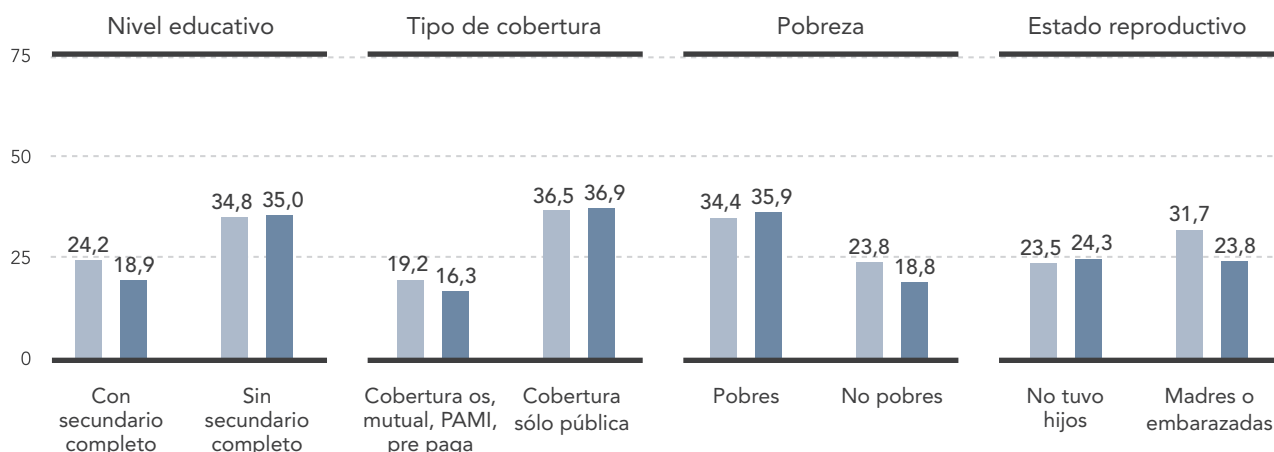
» Los datos suministrados dan cuenta de que la mitad de las mujeres de 18 a 29 años se atendieron en un hospital o servicio de salud público en la última consulta médica, mientras que así sucedió en el 34% de las que se encuentran en la franja etaria de 30 a 49 años, en tanto que la proporción se sostiene entre las que son madres y las que no han tenido hijos. Sin embargo, la utilización de un sistema de atención público es altamente frecuente (por arriba del 70%) en las mujeres pobres o que no han alcanzado un nivel educativo medio.

FIGURA 25

### No realizó una consulta médica anual por estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza y tipo de cobertura de salud según edad.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.

GRUPOS DE EDAD 18-29 años 30 - 49 años

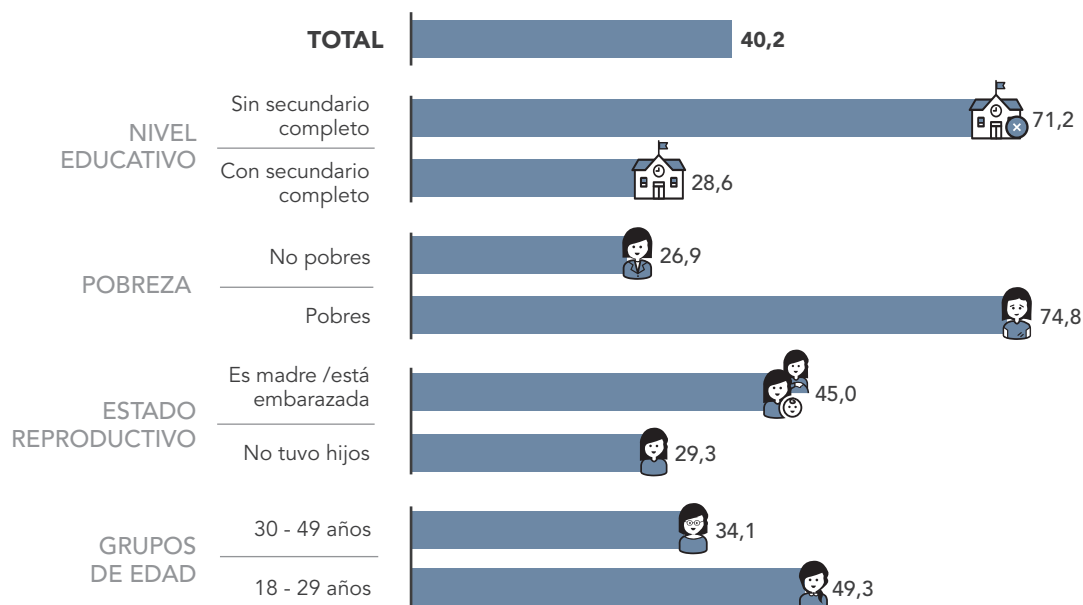


Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 26

### Atención en sistema público en la última consulta médica según edad estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.

Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA





» Se percibe una mala calidad de sueño en 2 de cada 10 mujeres en edad fértil.

» Se evidencia mayor incidencia de una mala calidad del sueño en el grupo etario entre 30 y 49 años, así como también en aquellas mujeres que no han finalizado el nivel educativo medio o que se encuentran en condición de pobreza.

» Llamativamente las dificultades en torno al disfrute del tiempo para dormir se han reportado entre las que son madres comparadas a las que no han atravesado aún la función materna.

» Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres de entre 18 y 49 años manifiestan no realizar ejercicio físico semanalmente. El déficit en la práctica semanal de ejercicio físico en general tiene valores altos en las mujeres encuestadas, si bien las diferencias mayores se dan en más del 70% de las mujeres que no son pobres o que no han alcanzado un nivel educativo medio secundario.

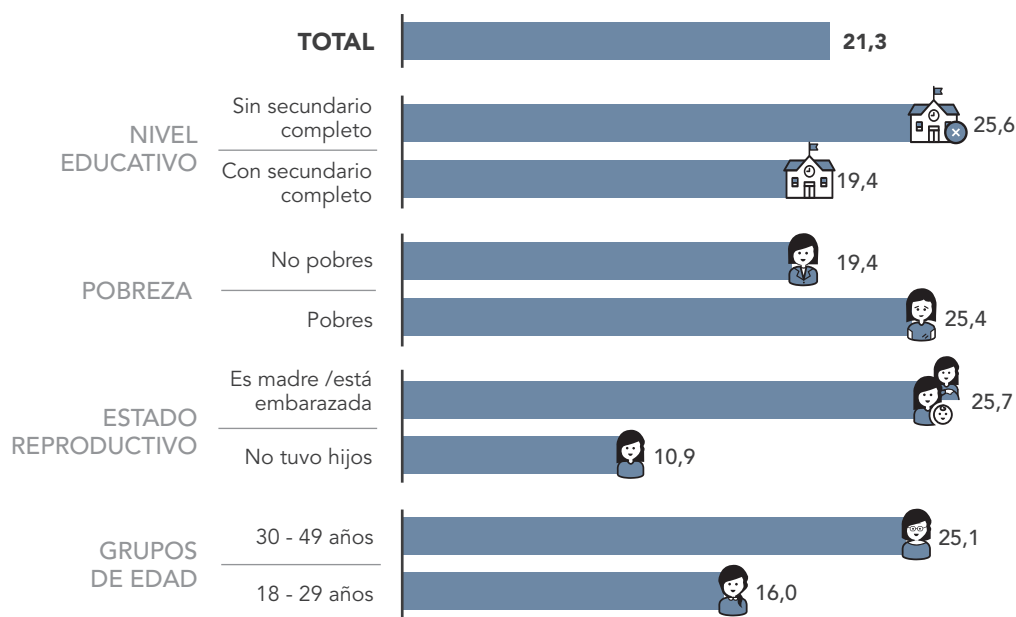
» En tanto que las diferencias por grupos de edad no son tan notorias en la falta de hábitos de ejercicio físico, si lo es según estado reproductivo: las madres alcanzan a un 65% de déficit mientras que las que aún no han alcanzado la maternidad reportan un 44%.

FIGURA 27

### Mala calidad de sueño según edad, estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.



Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

FIGURA 28

### Déficit en ejercicio físico semanal según edad, estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.



Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.

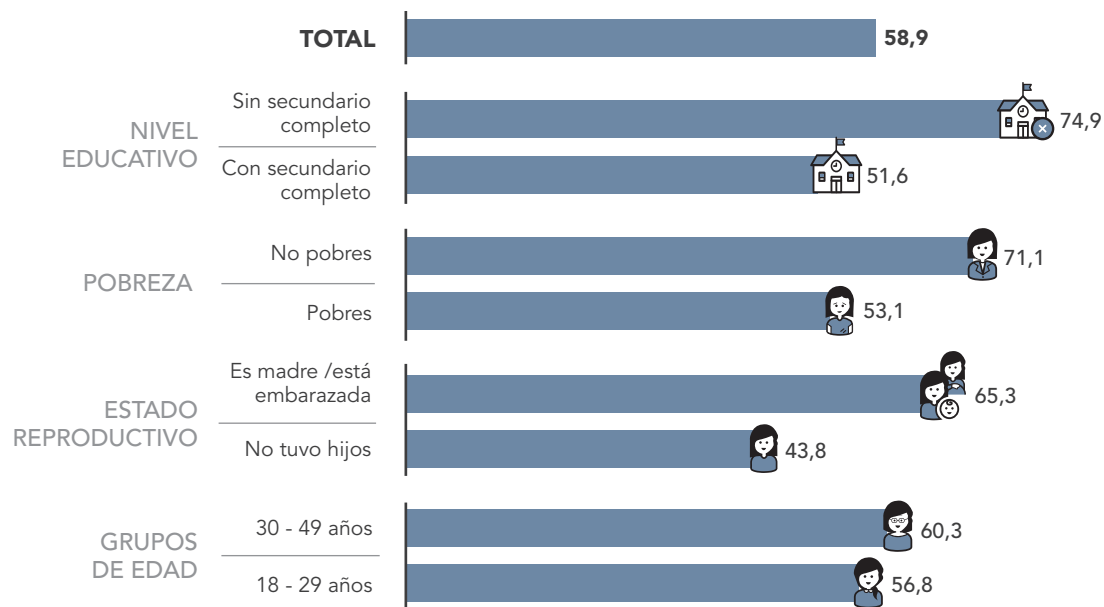
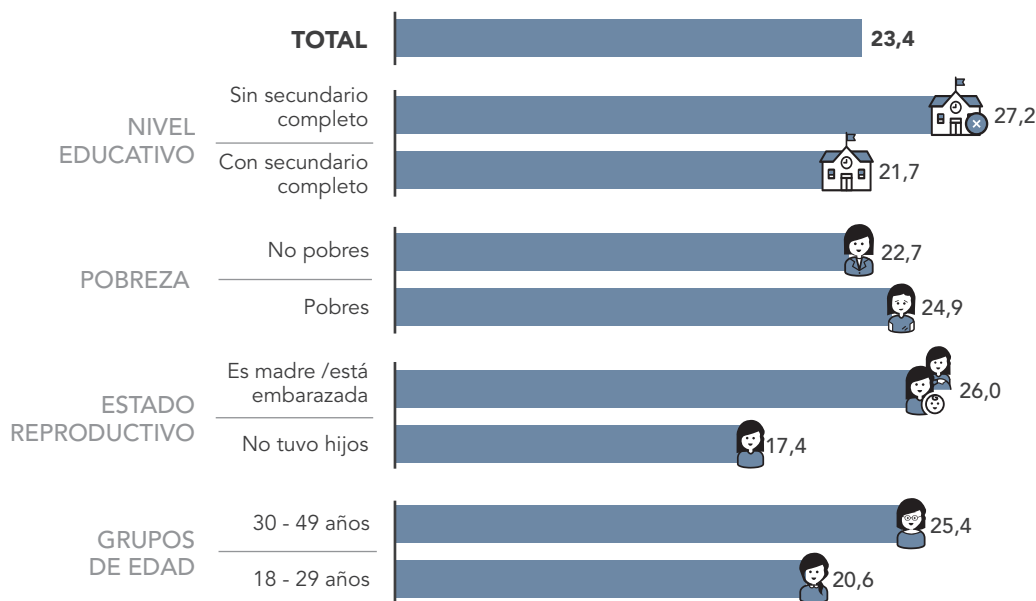


FIGURA 29

### Hábito de fumar según edad, estado reproductivo, nivel educativo y condición de pobreza.



Año 2017. | En porcentaje de mujeres de 18 a 49 años.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), ODSA, UCA

» El hábito de fumar cigarrillos se observa en 1 de cada 4 de las mujeres pertenecientes al segmento etario de 30 a 49 años. El consumo de tabaco es menor entre las mujeres más jóvenes y en las que no tuvieron hijos.

» La condición de pobreza no parecería ser una característica asociada a fumar tabaco, en tanto que si aparentara ser el menor nivel educativo.

LA MALA CALIDAD DEL SUEÑO, LA FALTA DE EJERCICIO FÍSICO Y EL HÁBITO DE FUMAR ES SIGNIFICATIVAMENTE ELEVADO EN LAS MUJERES MADRES A DIFERENCIA DE LAS QUE NO LO SON

## 7 CONSIDERANDO A LAS EMBARAZADAS PRIMERIZAS



**FIGURA 30 Estado reproductivo.**

Años 2014 - 2016. | En porcentaje de mujeres de 15 a 49 años.



» Del total de las mujeres encuestadas, el 2% respondió que no tiene hijos, pero que se encuentra embarazada. En el siguiente apartado se analiza el estado de salud de las mujeres embarazadas primerizas, de entre 15 y 49 años de edad, entrevistadas en los años 2014, 2015 y 2016.

» Según los grupos etarios, más de la mitad de las mujeres embarazadas encuestadas tiene entre 18 y 29 años, mientras que el 35% tiene entre 30 y 49 años y sólo el 7% tiene entre 15 y 17 años de edad.

» 3 de cada 10 embarazadas primerizas adolescentes viven en condiciones de pobreza.

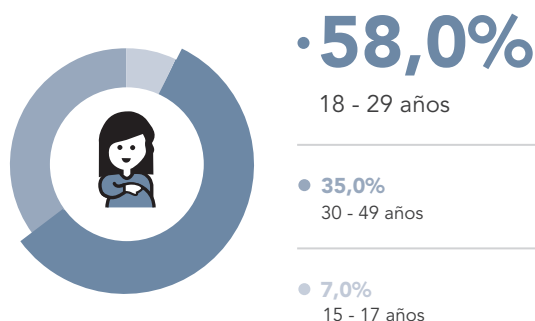
» De las mujeres embarazadas pobres el 15% son adolescentes, el 70% son de entre 18 y 29 años en tanto que sólo el 16% son del grupo de mayor edad.

**Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 31

### Mujeres embarazadas primerizas según grupos de edad.

Años 2014 - 2016. | En porcentajes de mujeres embarazadas primerizas de 15 a 49 años de edad.



Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

» Las mujeres embarazadas con mejores condiciones socioeconómicas se representan en diferentes proporciones según grupo de edad: el grupo de mayor edad asciende al 61% y disminuye al 5% en los adolescentes.

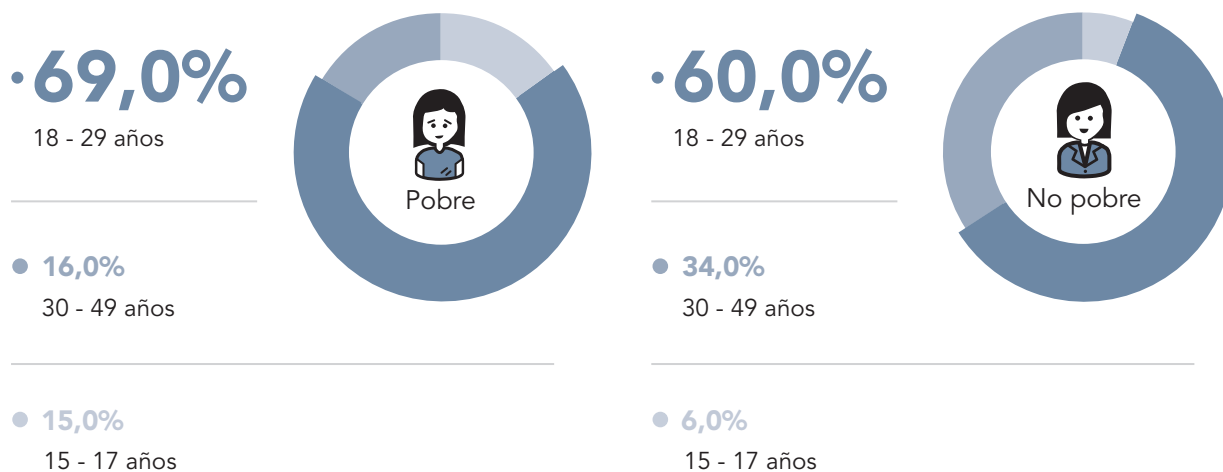
» Con respecto al nivel socio-económico, parecería que a medida que el nivel socio-económico disminuye, mayor es el porcentaje de mujeres embarazadas primerizas entre los 18 y 29 años de edad.

» 6 de cada 10 mujeres embarazadas primerizas pertenecientes al nivel socio-económico medio alto, tiene entre 30 y 49 años. Dichos datos contrastan notablemente con lo que ocurre entre las mujeres embarazadas por primera vez de niveles socio-económicos más bajos, donde la mayor incidencia se evidencia entre las edades de 18 y 29 años, principalmente en el nivel socio-económico bajo y muy bajo donde 7 de cada 10 de ellas tiene entre 18 y 29 años de edad.

FIGURA 32

### Condición de pobreza de las embarazadas primerizas según grupos de edad.

Años 2014 - 2016. | En porcentajes de mujeres embarazadas primerizas de 15 a 49 años de edad.



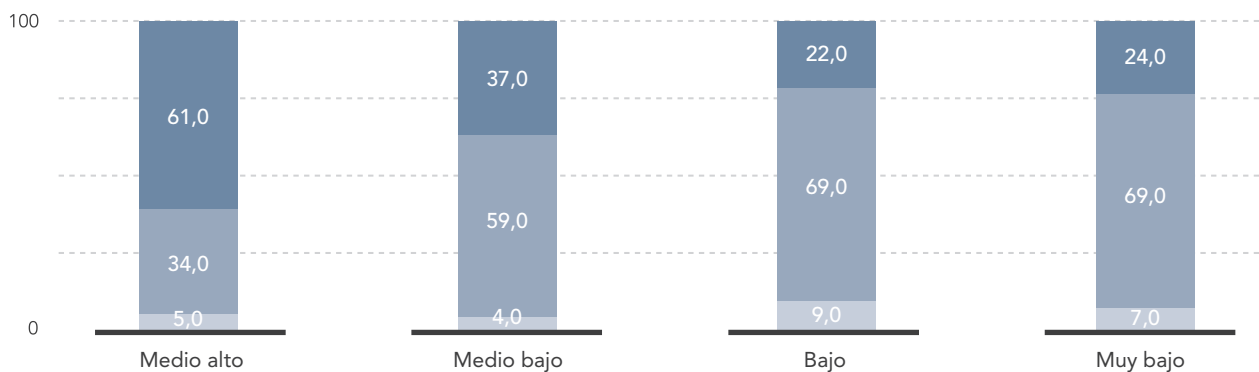
Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 33

**Nivel socio-económico de las embarazadas primerizas según edad.**

- 30 - 49 años
- 18 - 29 años
- 15 - 17 años

Años 2014 - 2016. | En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 15 a 49 años de edad.



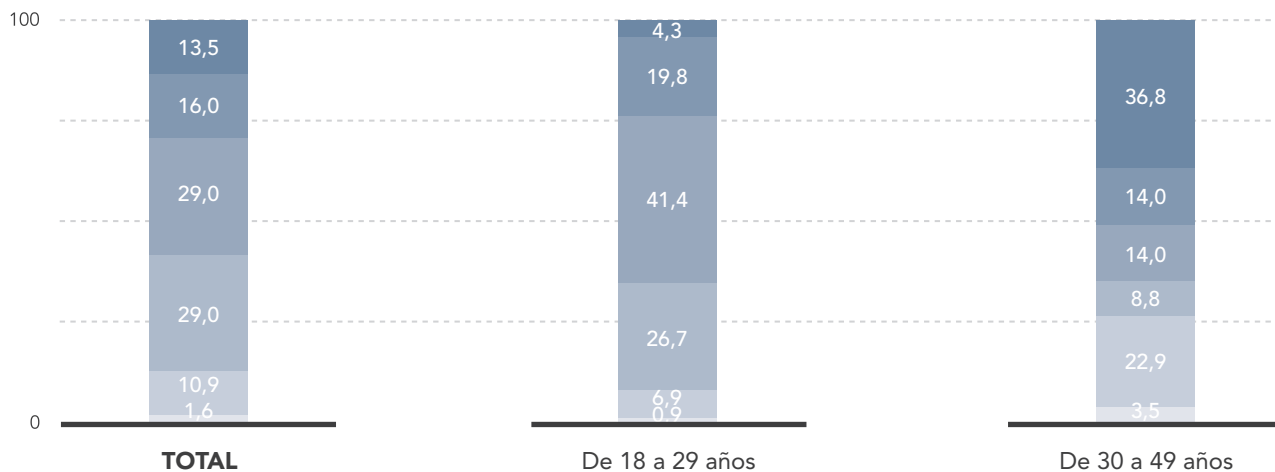
**Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 34

**Nivel educativo alcanzado de las embarazadas primerizas según grupos de edad.**

- Terciario/Universitario completo
- Terciario/Universitario incompleto
- Secundario completo
- Secundario incompleto
- Primario completo
- Sin instrucción/Primario incompleto

Años 2014 - 2016 | En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.

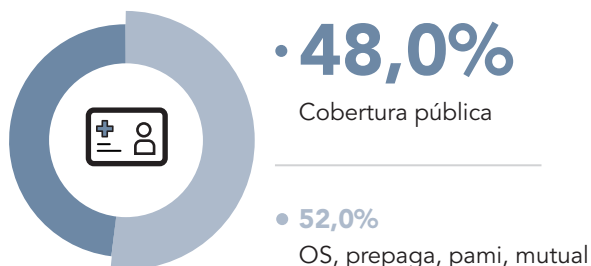


**Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 35

**Cobertura de salud de mujeres embarazadas primerizas.**

Años 2014 - 2016. | En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 15 a 49 años de edad.

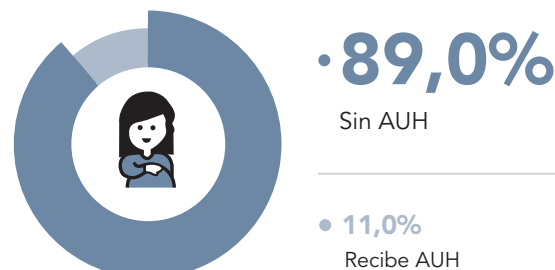


Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 36

**Percepción de la Asignación Universal por embarazo en embarazadas primerizas.**

Años 2014 - 2016. | En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 15 a 49 años de edad.



Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

» El 26,4% de las mujeres embarazadas primerizas de entre 30 y 49 años refiere no haber recibido instrucción o contar con un nivel educativo primario. En el caso de las mujeres de entre 18 y 29 años, el porcentaje es menor siendo 7,8% las que no recibieron instrucción o sólo finalizaron el nivel educativo primario.

» 8 de cada 10 mujeres que han alcanzado un nivel educativo universitario o terciario completo inician su etapa reproductiva a partir de los 30 años. Esto denotaría que las mujeres graduadas de carreras terciarias o universitarias tienden a postergar la maternidad en pos del desarrollo profesional. El 4,3% de las mujeres embarazadas por primera vez con edades comprendidas entre 18 y 29 años, refiere haber finalizado sus estudios terciarios o universitarios; mientras que aumenta al 36,8% en el caso de las mujeres embarazadas primerizas de 30 a 49 años.

» La mitad de las mujeres que se encuentran embarazadas de su primer hijo poseen cobertura exclusivamente pública.

» Aproximadamente sólo 1 de cada 10 mujeres que se encuentran embarazadas por primera vez recibe Asignación Universal por embarazo.

**EL 90% DE LAS MUJERES EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, NO RECIBE ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR EMBARAZO**

FIGURA 37

**Estado de salud percibido en embarazadas primerizas.**

Años 2014 - 2016.

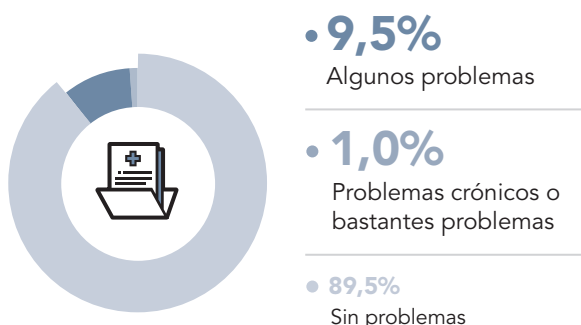
*En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.***Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 38

**Consulta médica anual de embarazadas primerizas.**

Años 2014 - 2016.

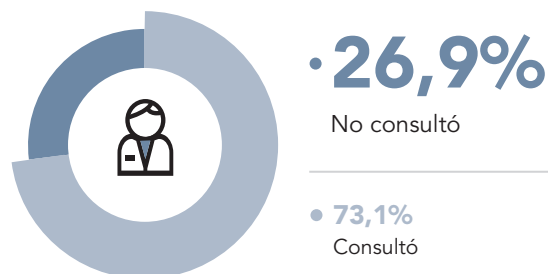
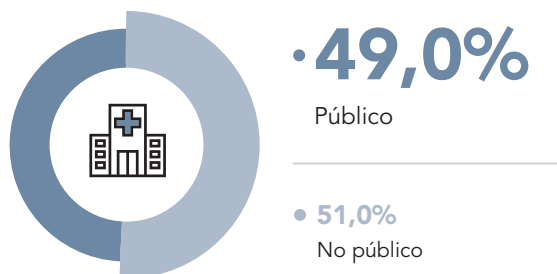
*En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.***Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 39

**Atención en sistema público en la última consulta médica de embarazadas primerizas.**

Años 2014 - 2016.

*En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.***Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

» Entre las mujeres que transitan su primer embarazo, 1 de cada 10 percibe problemas de salud.

» Un tercio de las embarazadas no ha realizado por lo menos una consulta médica durante el último año, el 50% de ellas utiliza un sistema de atención público.

» Las embarazadas pobres no consultaron en mayor medida que las no pobres.

» La atención en un sistema público es en 3 de cada 4 embarazadas pobres.

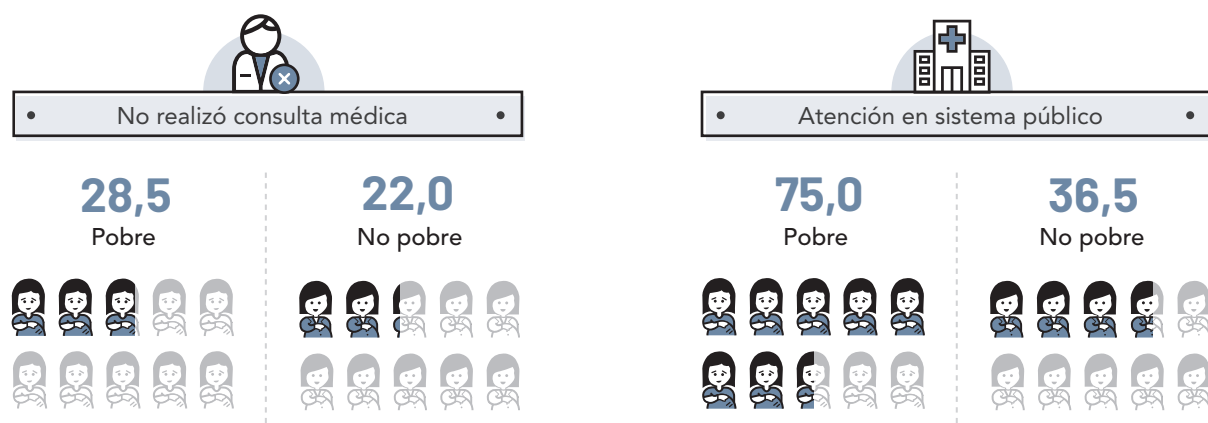


FIGURA 40

### Atención en sistema público y no realizó consulta médica en embarazadas primerizas según condición de pobreza.

Años 2014 - 2016

En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.



Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

FIGURA 41

### Hábito de fumar en embarazadas primerizas según condición de pobreza.

Años 2014 - 2016

En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.



Fuente: EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

» 1 de cada 4 de las mujeres encuestadas refiere mantener el hábito de fumar habitualmente, aún estando embarazada. La condición de pobreza parecería ser un factor que incida sobre la prevalencia del tabaquismo, el 20% de las que no son pobres fuman, en tanto que el 30% de las embarazadas pobres conservan el mal hábito.

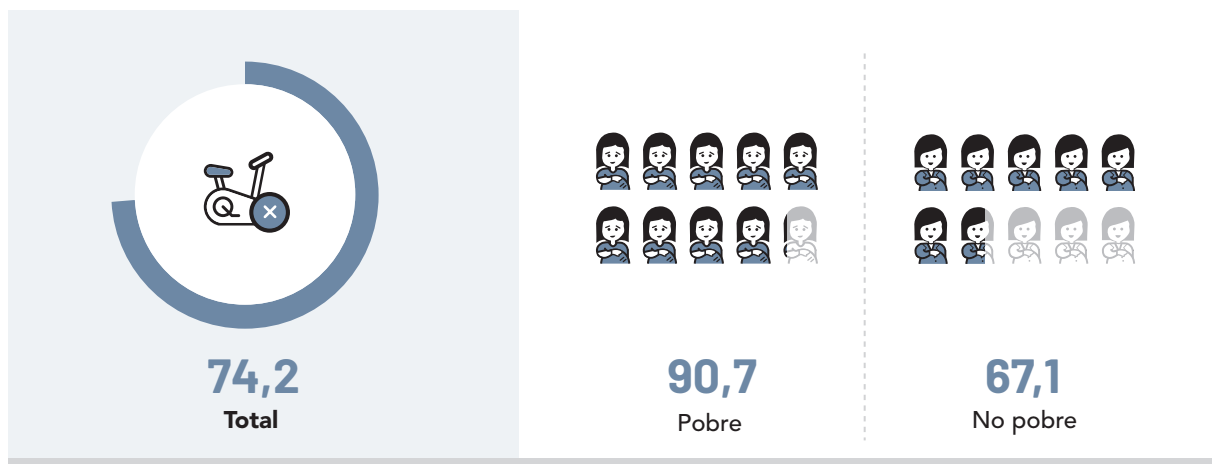
» 3 de cada 4 mujeres embarazadas por primera vez reporta no realizar ejercicio físico.

» Se advierten diferencias significativas en la práctica de ejercicio físico al examinar los datos a partir de la condición de pobreza. El 90,7% de las mujeres pobres presenta déficit de ejercicio. La falta de ejercicio es menor entre aquellas que no son pobres (67,1%).

EL **90,7%** DE LAS MUJERES  
POBRES PRESENTA DÉFICIT  
DE EJERCICIO

**FIGURA 42** Déficit de ejercicio físico en embarazadas primerizas según condición de pobreza.

Años 2014 - 2016 | En porcentaje de mujeres embarazadas primerizas de 18 a 49 años de edad.



**Fuente:** EDSA Bicentenario (2014-2016), ODSA, UCA

## FICHA TÉCNICA

### ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA - AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2025

DOMINIO	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina.
UNIVERSO	Población de mujeres de 15 a 49 años.
TAMAÑO DE LA MUESTRA	5.295 mujeres (2017) / 15.583 (de 2014 a 2016)
TIPO DE ENCUESTA	Multipropósito longitudinal.
ASIGNACIÓN DE CASOS	No proporcional post-calibrado.
PUNTOS DE MUESTREO	952 radios censales (EDSA - Bicentenario 2010-2016).  Total 960 radios censales (Censo Nacional 2010), 836 radios a través de muestreo estratificado simple y 124 radios por sobre muestra representativos de los estratos más ricos y más pobres de las áreas urbanas relevadas (EDSA – Agenda para la Equidad 2017-2025).
DOMINIO DE LA MUESTRA	Aglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño de los mismos: 1) Gran Buenos Aires: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur) <sup>1</sup> ; 2) Otras Áreas Metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza; y 3) Resto urbano: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipoletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
CRITERIO DE ESTRATIFICACIÓN	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo a la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socio-económico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento.
FECHA DE REALIZACIÓN	Cuarto trimestre de 2010 a 2015 y tercer trimestre del 2016 y 2017.
ERROR MUESTRAL	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

<sup>1</sup> El AMBA está integrada por las 15 comunas de la CABA y 30 partidos del Conurbano Bonaerense, 24 pertenecientes al Conurbano en su definición clásica y 6 partidos del tercer cordón urbano: El Conurbano Norte está compuesto por los partidos de Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, San Martín, San Miguel, Malvinas Argentinas, José C Paz y Pilar. El Conurbano Oeste está compuesto por los partidos de La Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Tres de Febrero, Cañuelas, General Rodríguez y Marcos Paz. El Conurbano Sur está compuesto por los partidos de Avellaneda, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Presidente Perón y San Vicente.

## BIBLIOGRAFÍA

**Ballesteros, M. S. (2016).** Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista de Gerencia Política en Salud*, 15(30), 234-250.

**Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2016).** Anuario 2016. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2016/>

**Dirección de Estadística e Información de Salud (2018).** Natalidad y mortalidad 2016. Síntesis estadística 3. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Natalidad-Mortalidad-2016-Sintesis-Nro3.pdf>

**Fidalgo M. (2008).** Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Buenos Aires, Argentina: Espacio.

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015).** 3ra Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires: INDEC.

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010).** Proyecciones nacionales. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Buenos Aires: INDEC.

**Mario, S. (2018).** Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización. En J. I., Piovani y A. Salvia (Ed), *Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la estructura Social* (pp. 265-289). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina.

**Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2008).** Maternidad e infancia. Salud Comunitaria. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-10-03-08.pdf>.

**Organización Mundial de la Salud (2009).** Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

**Organización Panamericana de la Salud (2017)** Indicadores básicos. Situación de salud en las Américas. Disponible en [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

**Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011).** El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo. Logros alcanzados y desafíos futuros (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: PNUD. Disponible en [www.paho.org](http://www.paho.org).

**Sánchez, H., & Albala, C. (2004).** Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. *Revista médica de Chile*, 132(4), 453-460.

**Shibuya, K., Hashimoto, H., & Yano, E. (2002).** Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *Bmj*, 324(7328), 16.


**Speranza, A. M. (septiembre, 2015).** Estrategia para la disminución de la morbilidad materno-infantil: Regionalización perinatal. Trabajo presentado en el 37º Congreso Argentino de Pediatría, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [https://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2015/37%20CONARPE/speranza.regionalizacionperinatal.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/37%20CONARPE/speranza.regionalizacionperinatal.pdf).

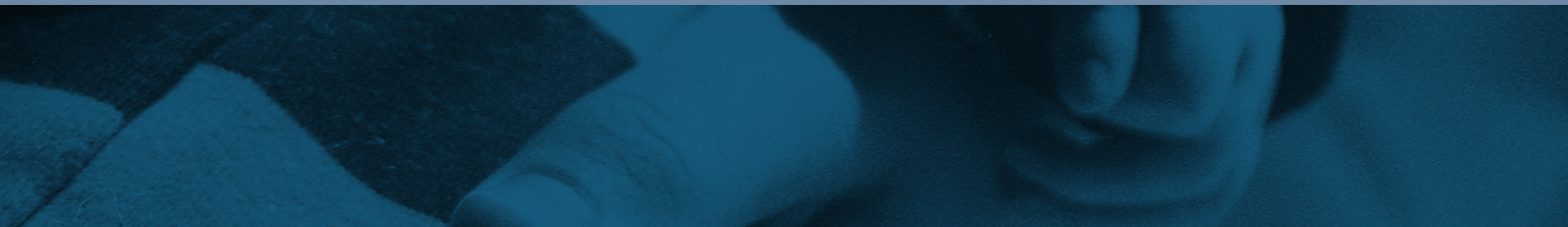


**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina

BARÓMETRO DE  
LA DEUDA SOCIAL  
ARGENTINA

60 Años 1958 - 2018  
UCA



Av. Alicia M. de Justo 1500, cuarto piso, oficina 462  
(C1107AFD) Ciudad de Buenos Aires - Argentina  
Tel/fax: (+54 11) 4338 0615  
E-Mail: [observatorio\\_deudasocial@uca.edu.ar](mailto:observatorio_deudasocial@uca.edu.ar)  
[www.uca.edu.ar/observatorio](http://www.uca.edu.ar/observatorio)

